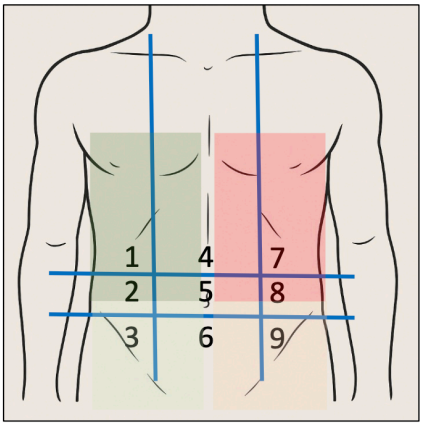
CHAPITRE 6 : APPAREIL DIGESTIF

Repères anatomiques :
→ 9 régions abdominales.

1. **Hypocondre droit**
2. **Flanc droit**
3. **Fosse iliaque droite**
4. **Épigastre**
5. **Région ombilicale**
6. **Hypogastre**
7. **Hypocondre gauche**
8. **Flanc gauche**
9. **Fosse iliaque gauche**



1. **Quadrant supérieur droit**
2. **Quadrant inférieur droit**
3. **Quadrant supérieur gauche**
4. **Quadrant inférieur gauche**

→ Division en 4 quadrants (anglophones) :

Quadrants et structures digestives			
Supérieur droit	Supérieur gauche	Inférieur droit	Inférieur gauche
Foie	Lobe gauche foie	Côlon ascendant	Côlon descendant
Vésicule biliaire	Rate	Caecum	Sigmoïde
Pylore	Estomac	Appendice	
Duodénum	Corps du pancréas		
Tête du pancréas	Côlon descendant et transverse		
Côlon ascendant et transverse			

EXAMEN CLINIQUE

Inspection

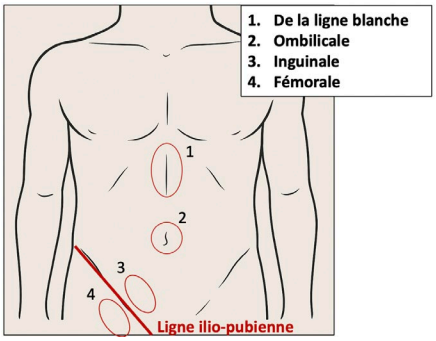
- L'inspection se fait chez un patient déshabillé et allongé sur le dos.
→ Contour et symétrie de l'abdomen.
- Abdomen proéminent : accumulation de **tissu adipeux** (obésité, Sdd 51), distension **gazeuse** des anses digestives, épanchement **liquidien** intra-péritonéal (**ascite**).
- Mouvements de la surface abdominale : respiration abdominale, mouvements péristaltiques, battements aortiques (sujet maigre).
- **Tuméfaction abdominale** (masse abdominale, Sdd 98)
- Veines superficielles abdominales : **circulation veineuse collatérale** sous-cutanée ;
- Paroi abdominale :
  - **Cicatrices** et antécédents chirurgicaux.
  - Gonflement localisé de la paroi abdominale (Sdd 9) **se majorant à l'effort et à la toux** et en position debout :
    - **Diastasis des muscles grands droits** : séparation des deux muscles grands droits avec saillie d'un bourrelet médian se majorant à la contraction des abdominaux.
    - **Hernie** : **ombilicale**, de la **ligne blanche**, **inguinale ou crurale** : protrusion du péritoine (+/- tube digestif), au travers d'un orifice naturel dans les couches musculaires de la paroi abdominale.
    - **Éventration** : protrusion du péritoine (+/- tube digestif) au travers d'une cicatrice d'intervention chirurgicale ou dans les suites d'un traumatisme.
- Signes d'hépatopathie (ictère, angiomes stellaires).

Palpation

→ ***La palpation abdominale*** doit rechercher : la **souplesse** de la paroi abdominale, une **sensibilité**, une **douleur** (Sdd 4), une **défense**, une **contracture**, un **empâtement** et/ou une **masse** abdominale (Sdd 8).
- En cas de masse, détailler : la taille, la forme, les contours, la fermeté et la sensibilité.
- **Bonnes conditions pour examen abdominal :** patient à plat sur le dos, bras le long du corps, +/- les cuisses fléchies ; mains réchauffées à plat sur le ventre ; palpation douce et progressive, de la superficie vers la profondeur ; débuter par une région non-douloureuse.

- Étapes de la palpation abdominale :
  - Superficielle : Pour identifier les zones douloureuses, les tuméfactions, défense/contracture.
  - Profonde : précise la localisation des zones douloureuses et le contour des organes, des tuméfactions (localisation, forme, volume, consistance, sensibilité, mobilité avec la respiration).
  - Palpation systématique de : foie, rate ; orifices herniaires (ombilical, inguinaux et cruraux).

Orifices herniaires.



→ ***Recherche d'une irritation péritonéale***

- L'irritation péritonéale signe la **gravité du trouble**. L'abdomen est peu mobile à la respiration, la douleur est majorée par la toux.

2 signes importants :

- **Défense** : contraction douloureuse des muscles de la paroi abdominale, qui est déclenchée par la palpation.
- **Contracture** : rigidité abdominale due à une contraction involontaire, douloureuse, permanente (le ventre est « de bois »), qui témoigne d'une **péritonite**.
- **Signe de Blumberg** : douleur à la décompression (retrait rapide de la main après pression ferme) signant une irritation péritonéale.

→ ***Palpation du foie***

- Rechercher une **hépatomégalie** (Sdd 6).
- Demander au patient de prendre une inspiration profonde pendant que la main du clinicien est placée sur le côté droit de l'abdomen (avec la main à plat sous le foie ou en crochet sous les cotes).
- Le foie est **ferme**, **régulier** avec une surface **lisse**.

→ ***Palpation de la rate***

- Recherche une **splénomégalie** (Sdd 58).
- L'examinateur place la main droite sous le rebord costal gauche, en appuyant en direction de la rate pendant qu'il demande au patient de prendre une inspiration profonde. Puis répéter en décubitus latéral droit, jambes fléchies.
- La rate n'est **normalement pas palpable** chez l'adulte sain.

→ ***Palpation des orifices herniaires cruraux et inguinaux***

- Position décubitus dorsal, PUIS debout.
- Faire tousser le patient pour observer une éventuelle sortie de la hernie

→ ***Palpation d'un ganglion de Troisier*** (Sdd 16)

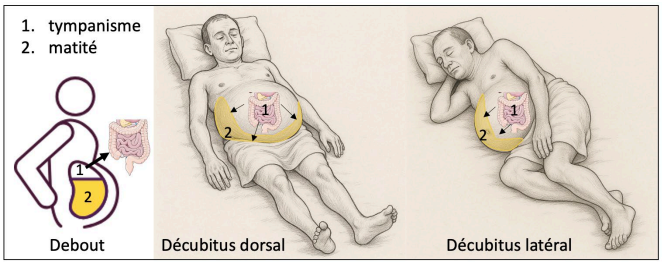
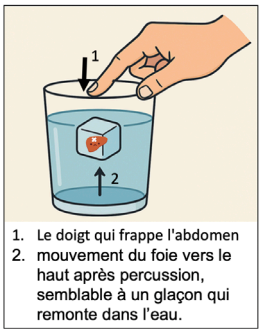
- Adénopathie sus-claviculaire gauche, dans l'angle entre la clavicule et le muscle sterno-cléido-mastoïdien.
- Peut-être en lien avec un cancer digestif, rénal, testiculaire, pelvien.

Percussion

Méthode : Avec les doigts d'une main, on percute les doigts de l'autre main qui est fermement appliquée sur l'abdomen. Réalisé sur un patient en décubitus dorsal. Vise à rechercher par exemple une ascite ou un météorisme abdominal.

→ ***Matité ou tympanisme***

- L'abdomen normal a des zones de matités physiologiques :
  - Matité hépatique : de la partie basse du gril costal jusqu'aux dernières côtes flottantes (mais tympanisme possible si interposition de l'angle colique droit ou côlon transverse).
  - Matité sus-pubienne : vessie pleine.

	→ ***Percussion du foie : La Flèche Hépatique*** - La percussion permet de localiser le bord supérieur du foie. - *Méthode :* percussion du thorax sur la ligne médio-claviculaire de haut en bas, à partir du 4e espace intercostal. L'apparition de la matité localise le bord supérieur du foie (après le tympanisme thoracique) : entre 5e et 7e espace intercostal. **Flèche hépatique** = distance entre le bord supérieur et le bord inférieur du foie (habituellement 6-12 cm sur la ligne médio-claviculaire).
Ascite	- La présence d'une ascite est indiquée par une **matité déclive et mobile** en fonction de la position du patient. - Elle se recherche en 2 temps : 1. Décubitus dorsal : matité déclive, tympanisme central vers le haut (anses digestives). 2. Décubitus latéral : matité déclive modifiée par rapport au décubitus dorsal.  - Autres signes : • **Test du flot** : Percussion d'un flanc par une chiquenaude et chercher à déceler sur le flanc opposé une impulsion transmise par le liquide d'ascite (impulsion absente en l'absence d'ascite). • **Signe du glaçon** : Patient en décubitus dorsal, la main appuie sur le foie pour le faire descendre comme un glaçon dans un liquide, au relâchement brusque la main reste posée sur l'abdomen et perçoit le foie qui remonte et percute la paroi abdominale. 
Auscultation	- Auscultation : Placer le stéthoscope sur l'abdomen du patient en décubitus dorsal. - Permet de chercher : • Les **bruits hydro-aériques** (BHA) liés au transit des gaz : gargouillements. ○ Les BHA sont augmentés dans les diarrhées ou aux stades précoces des occlusions intestinales. ○ Les BHA sont diminués ou absents, en cas d'iléus réflexe, d'occlusion et de péritonite. • La présence de **souffles abdominaux**, qui peuvent témoigner de sténoses artérielles. • Repérage du **bord inférieur du foie** : stéthoscope posé sur le bord inférieur du gril costal, sur la ligne médio-claviculaire. L'examinateur gratte la surface de l'abdomen en remontant du bas vers le haut. Le grattage devient audible au stéthoscope en regard du bord inférieur du foie (organe plein transmettant le bruit à l'inverse de l'intestin).
Marge anale et rectum	*Méthode* : Patient en décubitus latéral ou en position genu-pectorale (position peu utilisée car inconfortable pour le patient. Il faut bien déplisser les plis radiés de la marge anale pour ne pas méconnaitre une lésion. - On inspecte pour rechercher : **hémorroïdes**, **marisques** (replis de peau périanale souples non douloureux – apparaissent après des hémorroïdes), **fissure**, **orifice fistuleux**, **tumeur**, **prolapsus rectal**. - Le toucher rectal : Patient allongé sur le dos, jambes fléchies (ou décubitus latéral, ou genu-pectoral, ou gynécologique), introduire avec douceur un doigt ganté et lubrifié dans le canal anal jusqu'au rectum du patient.

		/!\ Attention : expliquer le geste et recueillir le consentement. - Le TR permet d'évaluer : • Le tonus du sphincter anal : tonus de repos et contraction volontaire. • La paroi rectale, sur toutes ses faces. • Le cul-de-sac de Douglas : comblement ou douleur. • La prostate chez l'homme : elle est normalement constituée de deux lobes (droit et gauche) réguliers et souples, séparés par un sillon médian. • Les organes pelviens chez la femme : masse utérine ou ovarienne. Associé au toucher vaginal, le toucher rectal permet aussi d'examiner la cloison recto-vaginale. • Le contenu intra-rectal : matières fécales (fécalome), tumeur, sténose. Présence de sang (rectorragies – rouge/méléna – noir), glaires, pus sur le gant.
SÉMIOLOGIE DE L' APPAREIL DIGESTIF HAUT	Œsophage Estomac Duodénum	- L'appareil digestif haut est composé par la cavité buccale, l'œsophage, l'estomac et le duodénum : • ***Œsophage*** ○ Au cours de la déglutition : relaxation du muscle crico-pharyngien induit l'ouverture du sphincter supérieur œsophagien ; motricité œsophagienne (ondes péristaltiques) permet la propagation du bol alimentaire dégluti jusqu'au cardia. Le sphincter inférieur de l'œsophage est un obstacle au reflux gastro-œsophagien. Il est fermé en permanence en période de repos, avec une efficacité complète, s'il est maintenu en position normale au niveau de l'orifice hiatal. • ***Estomac*** ○ Estomac proximal (fundus, partie proximale du corps gastrique) : **stockage** des aliments et sécrétion du **suc gastrique** (acide chlorhydrique, pepsinogène) permettant d'amorcer la digestion des aliments (notamment protéines). ○ Estomac distal (partie distale du corps gastrique et antre) : fonction de **trituration** (contractions d'anté et de rétro-pulsion, avec pylore fermé) des ingesta permet de mélanger et de broyer les aliments solides et d'assurer progressivement leur **évacuation** gastrique. • ***Duodénum*** ○ Stimulation de la **sécrétion du suc pancréatique** riche en enzymes (amylase, lipase, trypsine) et de la **contraction de la vésicule biliaire** avec libération de la bile (digestion des graisses, des hydrates de carbone et des protéines). • Symptômes du système digestif haut : dysphagie, reflux gastro-œsophagien, nausées/ vomissements, hématémèse, douleurs gastriques ou duodénales, dyspepsie.
	Dysphagie	- **Dysphagie** : sensation de **gène ou d'obstacle à la progression des aliments** solides ou liquides sur le trajet de l'œsophage. - Il faut préciser : • *Siège* : thoracique et rétrosternal, entre la partie basse du cou et l'épigastre. • *Intensité* : variable, du simple accrochage des aliments au blocage complet (on parle d'**aphagie**). • *Facteurs déclenchants* : déglutition d'aliments solides le plus souvent (Sdd 62). **/!\ Attention**, distinguer la dysphagie de : - **Anorexie :** l'absence d'appétit (Sdd 132). - **Striction cervicale** ou « boule dans la gorge » (manifestation fréquente de l'anxiété). - Deux grands tableaux cliniques : • **Dysphagie mécanique** : obstacle sur le corps œsophagien (cancer de l'œsophage ou sténose peptique, par exemple), installation progressive, permanente, avec amaigrissement (Sdd 17). Concerne d'abord les aliments solides (viande, pain) puis les liquides. • **Dysphagie fonctionnelle** : (œsophagite, troubles moteurs de l'œsophage) : de survenue capricieuse, intermittente, parfois plus marquée pour les liquides que pour les solides (dysphagie paradoxale), douloureuse s'il s'agit d'une œsophagite, et cédant à certaines postures.
	Reflux gastro-œsophagien	- **Reflux gastro-œsophagien** (RGO) : remontée de liquide gastrique acide dans l'œsophage, provoquée par une déficience des mécanismes anti-reflux du bas œsophage. - **Pyrosis** : • Symptôme le plus caractéristique du RGO. • Douleur à type de brûlure, avec régurgitations acides dans la bouche. • Ascendante à point de départ épigastrique et de siège rétrosternale (Sdd 161). • Post-prandial (< 2 heures après les repas). • Facteurs déclenchants :

		○ Décubitus dorsal ou latéral droit en période post-prandiale. ○ Mouvement d'antéflexion du tronc : « signe du lacet » (douleur provoquée lors du laçage des chaussures). ○ Situations augmentant la pression intra-abdominale : port d'une ceinture et/ou de vêtements serrés, toux, efforts de défécation, contraction de la sangle abdominale. - Autres manifestations : • Régurgitations : remontées passives, sans nausée/vomissement, du contenu gastrique et/ou œsophagien, au niveau du pharynx. • Éructations : Expulsion par la bouche de gaz issus du tube digestif. • Douleurs thoraciques médianes, constrictives « pseudo-angineuses » (Sdd 161). • Toux, surtout nocturne (position allongée).
	Vomissements	- **<u>Vomissements</u>** : rejet actif et brutal par la bouche d'une partie du contenu gastrique, engendré par des contractions cycliques douloureuses de la musculature abdominale, du diaphragme et des muscles respiratoires. (Attention, ne pas confondre avec régurgitations/rejet sans effort) - Il faut préciser les caractéristiques des vomissements : • Date d'apparition. • Fréquence. • Horaire (matinal, post-prandial précoce ou tardif). • Facteurs favorisants. • Aspect et odeur du liquide : alimentaire ; suc gastrique (incolore) ; bilieux (jaune) ; fécaloïde (marron, nauséabond →occlusion intestinale) ; sang (hématémèse – Sdd 14). - **<u>Hématémèse</u> :** • Sang rouge, ou noir (digéré par l'acidité gastrique). • Traduit une **hémorragie digestive haute** (ulcère gastro-duodénal, rupture de varices œsophagiennes ou syndrome de Mallory Weiss (déchirure de la muqueuse située à la jonction de l'œsophage et de l'estomac après d'importants efforts de vomissements par exemple). • S'accompagne d'un **méléna (**sang digéré noir et fétide dans les selles). **/!\ Attention**, ne pas confondre avec hémoptysie (sang rouge lors de toux) ou épistaxis déglutie.
	Douleurs gastriques ou duodénales	Caractéristiques des **<u>douleurs d'origine gastro-duodénales</u>** : - Siège **épigastrique.** - Type crampe, torsion, brûlures. - Sans irradiation le plus souvent. - Intensité variable, parfois très intense. - Horaire typiquement **post-prandial tardif** (1 à 4 heures après les repas, avec réveils nocturnes). - Aggravées par la prise de traitements (*<u>anti-inflammatoires non stéroïdiens</u>*). - Soulagées par les aliments et les traitements réduisant l'acidité gastrique (alcalins).
	Dyspepsie	Caractéristiques de la **<u>dyspepsie</u>** : - Douleurs (Sdd 4), inconfort épigastrique, sensation de plénitude et/ou de ballonnements abdominaux au niveau de l'épigastre, et d'horaire post-prandial. - Sensation de satiété précoce, empêchant de terminer un repas normal. - Nausées et/ou éructations post-prandiales. - Brûlures et inconfort fluctuants, localisés à l'épigastre. - Elle est le plus souvent d'origine fonctionnelle (rarement atteinte gastrique ou œsophagienne, biliaire ou pancréatique).
SÉMIOLOGIE DE L' INTESTIN GRÊLE ET DU CÔLON	Intestin grêle Côlon	**<u>L'intestin grêle</u>** - Formé par un segment fixe, le **duodénum**, suivi de deux segments mobiles, le **jéjunum** puis l'**iléon**. - Mesure environ **7 mètres**. - Lieu principal **d'absorption des nutriments** par l'organisme. - Sa surface et sa capacité d'absorption sont augmentées par la présence des valvules conniventes et de **villosités intestinales** et **microvillosités** de la membrane apicale des entérocytes. - Réabsorption quotidienne de **8 litres d'eau**. - Les nutriments sont absorbés tout au long de l'intestin grêle, mais le fer et le calcium sont absorbés au niveau proximal (duodéno-jéjunal), alors que la vitamine B12 associée au facteur intrinsèque ainsi que les sels biliaires sont absorbés au niveau de l'iléon terminal.

	Le côlon - S'étend du **cæcum** au **rectum**. - Mesure environ **1,5 m**. - Il absorbe la majeure partie de l'**eau** et des **électrolytes** n'ayant pas été absorbés au niveau de l'intestin grêle. - Siège du **métabolisme bactérien** et de fermentations par le microbiote colique, aboutissant à la formation des **fèces**.
Diarrhée	**Diarrhée** : émission **quotidienne** d'au moins **trois** selles semi-liquides ou **liquides**. - Élévation constante du débit hydrique fécal et parfois d'autres constituants normaux des selles (aboutissant à un poids fécal quotidien supérieur à 300 grammes). - Préciser les caractéristiques de la diarrhée : • La **date d'apparition**, permettant de distinguer : o Diarrhée aiguë : de début brutal et d'évolution inférieure à 2 semaines. o Diarrhée prolongée : évolution comprise entre 2 et 4 semaines. o Diarrhée chronique : persistance au-delà de 4 semaines. • Le **début brutal ou progressif.** • L'évolution **continue** ou **intermittente.** • L'horaire : matinal, post-prandial, nocturne (diarrhée motrice classiquement post-prandiale). • Le **nombre de selles par 24 heures.** • **L'aspect des selles.** o Présence de glaire, pus, sang (méléna, rectorragies - Sdd 10). o Diarrhée d'allure hydrique, de volume important (cause grêlique). o Diarrhée fécale, nauséabonde, glairo-sanglante, fébrile (cause colique). • Les **facteurs favorisants**, notamment alimentaires, émotionnels… • L'efficacité d'éventuels **traitements.** • La présence d'**épreintes** ou de **ténesme** : o **Épreinte** : douleur abdominale de type colique s'accompagnant d'une contraction douloureuse et répétitive de la partie terminale du côlon et du rectum s'achevant par une fausse envie pressante et impérieuse d'aller à la selle. o **Ténesme** : contraction douloureuse du sphincter anal (Sdd 5) survenant avant ou plus souvent après l'évacuation du rectum, accompagnée parfois d'une sensation de corps étranger rectal. • La présence de **signes extra-digestifs** qui peuvent aider à orienter vers la cause de la diarrhée (ex : articulaires ou cutanées lors d'une maladie de Crohn). **/!\ Attention**, ne pas confondre avec : - **Syndrome rectal** : faux besoins avec sensations de plénitude rectale et émissions glairo-sanglantes, sans selles. Peut-être consécutif à une tumeur rectale ou à une inflammation de la paroi du rectum (IST). - **Fausse diarrhée du constipé** : selles liquides accompagnant des selles dures, difficiles à expulser. *Retentissement de la diarrhée* : - Évaluer **l'état d'hydratation** du patient. **Déshydratation** = principale complication de la diarrhée. - Évaluer **l'état nutritionnel**, surtout si diarrhée chronique (**dénutrition**). *Syndrome cholériforme ou dysentérique ?* **Syndrome cholériforme** : - Provoqué par des micro-organismes pathogènes toxinogènes. - Diarrhée **aqueuse, abondante, afécale,** d'aspect « eau de riz », souvent accompagnée de vomissement, habituellement **sans fièvre**. - Risque élevé de déshydratation sévère. **Syndrome dysentérique** : - Provoqué par des micro-organismes pathogènes entéro-invasifs. - Diarrhée **glaireuse** et **mucopurulente**, parfois sanglante, accompagnée de **douleurs** abdominales violentes avec épreintes, ténesmes et faux besoins, souvent **fébrile**.
Constipation	**Constipation** : plainte très fréquente, caractérisée par une insatisfaction lors de la défécation en lien avec : - Une diminution du nombre hebdomadaire des selles (**moins de trois par semaine**), traduisant un ralentissement colique des matières fécales (hypomotricité globale ou hyperspasmodicité colique).

	- Et/ou une **dyschésie** (difficulté d'exonération des selles) qui peut se traduire par : • Des efforts anormaux de poussées lors de la défécation. • Une sensation de gêne au passage des selles. • Un temps d'exonération prolongé. • Une sensation d'évacuation incomplète du rectum après défécation. • Une émission de scybales (selles dures et petites). • Une nécessité de réaliser des manœuvres digitales pour obtenir une vacuité rectale.
Douleur colique	<u>*Caractéristiques de la douleur colique*</u> : - Siège **épigastrique** et/ou en regard du **cadre colique**. - Irradiation descendante, le long du cadre colique, vers les fosses iliaques et l'hypogastre. - Douleurs **paroxystiques** (quelques minutes à quelques heures), à **début brutal**, à type de crampes ou de distension de l'abdomen (Sdd 93). - Horaire variable (post-prandial) - Soulagées par **l'émission de selles et de gaz**. - Avec d'autres signes digestifs : ballonnements abdominaux ; borborygmes ; troubles du transit (alternance diarrhée/constipation). **/!\ ATTENTION :** - Une colique est une douleur, avec accès répétés, séparés par des périodes sans douleur (lors des phases de relâchement de la contraction), liée à des contractions répétées d'un organe creux (tube digestif le plus souvent, voies urinaires, voies biliaires, voies génitales ou voies salivaires). ≠ colite (inflammation du côlon)
Occlusion intestinale	<u>**Occlusion intestinale aiguë**</u> : **arrêt complet** douloureux du transit intestinal (**matières** et **gaz**). → **URGENCE thérapeutique.** <u>*TRIADE SYMPTOMATIQUE*</u> : - <u>**Douleur abdominale**</u> : intense, début brutal ou progressif, et évoluant par crises paroxystiques successives (coliques). - <u>**Vomissements**</u> : soulagent un temps la douleur abdominale. - Selon le siège de l'occlusion, les vomissements peuvent être : • Précoces, en « jet alimentaire » ou bilieux (occlusion grêlique). • Plus tardifs, fécaloïdes et abondants (occlusion colique). - <u>**Arrêt des matières et des gaz**</u> : <u>*signe majeur*</u> déterminant l'occlusion digestive. - <u>*Signes physiques*</u> : • À l'inspection : <u>**météorisme abdominal**</u> (gonflement du ventre dû à l'accumulation d'air dans les anses digestives). **/!** Attention, le météorisme peut être localisé (bien que généralement diffus), réalisant une voussure au niveau d'un quadrant abdominal, voire absent, en cas d'occlusion du grêle proximal. • Autres signes : abdomen immobile ; ondes péristaltiques ; **cicatrices** de laparotomie ancienne (occlusion sur bride ++). • La palpation abdominale : point douloureux électif ou **défense** en regard de l'obstacle ; douleur et tuméfaction au niveau des <u>**orifices herniaires**</u> (hernie étranglée) ; masse abdominale. • **Tympanisme** à la percussion. • L'auscultation : **silence - disparition des bruits hydro-aériques (**abdomen silencieux pendant au moins 30 secondes) ; une augmentation des bruits hydro-aériques normaux (initiaux, signes de lutte en amont de l'obstacle). - Le <u>**toucher rectal est systématique**</u> en cas d'occlusion intestinale : recherche tumeur rectale, fécalome, douleur du cul-de-sac de Douglas (épanchement péritonéal). <u>*En cas d'occlusion grêle incomplète : **Syndrome de Kœnig***</u> Les repas peuvent déclencher des douleurs abdominales spasmodiques, migratrices, de même localisation systématique, cédant brutalement en même temps qu'un gargouillement (franchissement de l'obstacle par le contenu de l'intestin).
Hémorragie digestive	- **Hématémèse** : émission par la bouche de sang rouge non aéré. Secondaire à des lésions œsophagiennes et/ou gastro-duodénales. - **Méléna** : émission par l'anus de selles noires et nauséabondes (correspondant à du sang digéré).

		Secondaire à une hémorragie en amont de l'angle colique droit, souvent avant le jéjunum. - **Rectorragies** (ou hématochézie) : émission par l'anus de sang rouge vif et non digéré. Secondaires à des lésions situées en aval de l'angle colique droit, et notamment recto-sigmoïdiennes. ATTENTION en cas de grande abondance : pas de valeur localisatrice (peut être d'origine haute ou basse).
SÉMIOLOGIE DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES	Le foie	**Rôles du foie** : - **Sécrétion de la bile** (composée d'eau, d'acides biliaires, de protéines, de phospholipides, de cholestérol et de bilirubine). • Fonctions de la bile : mode d'élimination des produits de catabolisme (ex : médicaments et cholestérol) ; processus de digestion et d'absorption intestinale, incluant la solubilisation des lipides alimentaires et des vitamines liposolubles, la digestion des protéines, l'absorption des électrolytes, l'inhibition de la prolifération bactérienne et l'induction d'une motricité intestinale. - **Métabolisme des glucides**. Stockage du glucose sous forme de glycogène ou de lipides. - **Métabolisme des protides et des acides aminés**. Synthèse de la plupart des protéines circulantes (l'albumine notamment), sauf les immunoglobulines. - Synthèse des **facteurs de coagulation** (hormis le facteur VIII). - Synthèse de **facteurs anticoagulants** : antithrombine III, protéines Cet S. - **Stockage** d'oligoéléments (cuivre, fer) et des vitamines B9, B12 et E. - **Épuration et dégradation** de l'alcool, des médicaments, des xénobiotiques et des toxiques.
	Douleurs biliaires	- Les douleurs biliaires sont causées par la distension brutale des voies biliaires. - **Colique hépatique** • Causée par l'enclavement d'un calcul au niveau de l'infundibulum vésiculaire ou dans le canal cystique. • Caractéristiques des douleurs de colique hépatique : o Début : **brutal**, rapidement progressif. o Siège : **hypochondre droit** et/ou l'épigastre. o Irradiation : postérieure « en bretelle » vers l'épaule et l'omoplate droites, en **hémi-ceinture droite**, ou transfixiante. o Type : **étau, broiement, crampe.** o **Intensité : très élevée**, inhibition de l'inspiration. o Horaire : **douleur continue avec des accès paroxystiques**, dure de 1 à 6 h. o Absence de position antalgique. o **Aggravée par les repas abondants et riches en lipides**. o Associée à des vomissements. o Pas de fièvre, ni ictère (ni anomalie biologique hépatique). - **Cholécystite aiguë** • Complication fréquente des lithiases vésiculaires. • Causée par une **infection de la vésicule biliaire** due à l'enclavement persistant d'un calcul au niveau du canal cystique ou du collet vésiculaire. • Association de : o Douleurs de **colique hépatique**. o **Fièvre**, nausées et vomissements. o **Défense** de l'hypochondre droit ; palpation d'une grosse vésicule biliaire. o **Signe de Murphy** : douleur bloquant l'inspiration profonde lors de la palpation de l'hypochondre droit sous le rebord costal droit, à la jonction avec la ligne médio-claviculaire. o **Absence d'anomalie biologique hépatique**. - **Angiocholite aiguë** • **Infection de la voie biliaire principale**, le plus souvent d'origine lithiasique. • *TRIADE CLINIQUE s'installant en 24 à 48 heures*, dans l'ordre chronologique suivant : o **Douleur biliaire** augmentée par la palpation de l'hypochondre droit. o **Puis fièvre** (38,5 °C-39,5 °C) associée à des frissons. o **Puis ictère cutanéo-muqueux**.
	Ictère	**Ictère** : coloration jaune de la peau et des muqueuses liée à une augmentation de la bilirubinémie totale (> 50 umol/L). **- Ictère à bilirubine libre** (en cas d'hémolyse par exemple) : urines et selles sont de couleur normale.

		- **L'ictère à bilirubine conjuguée** : urines foncées, d'aspect « bière brune » ou « coca cola » ; selles décolorées, de couleur blanchâtre ou « mastic » ; prurit (Sdd 88) pouvant être intense (présence de sels biliaires au niveau de la peau).
	Hypertension portale	- **L'hypertension portale** : • **Pression portale supérieure à 15 mmHg.** • Ou **gradient de pression porto-cave supérieur à 5 mmHg.** - Causée par un obstacle : • **Sous-hépatique** (thrombose de la veine porte par exemple). • **Intra-hépatique** (cirrhose ou hépatite granulomateuse par exemple). • **Sus-hépatique** (thrombose des veines sus-hépatiques ou insuffisance cardiaque droite par exemple). - Manifestations cliniques : • **Circulation veineuse collatérale** sous-cutanée abdominale (anastomoses pariétales porto-caves) (60 % des cas de cirrhose). La découverte de varices œsophagiennes en gastroscopie à la même valeur que la circulation veineuse collatérale. Risque hémorragique car peuvent se rompre. • **Splénomégalie** (Sdd 58) (30-50 % des cas de cirrhose). Elle peut causer un hypersplénisme avec thrombopénie et/ou leucopénie et/ou anémie induites par la séquestration intra-splénique des plaquettes, leucocytes et/ou hématies. • **Ascite**.
	Ascite	- **Ascite** : épanchement liquidien intra-péritonéal. - Causes : rétention hydro-sodée compliquant l'hypertension portale et l'insuffisance hépatique ; inflammation du péritoine d'origine infectieuse (péritonite tuberculeuse) ou néoplasique (cancer de l'ovaire). - L'ascite peut entrainer une augmentation du volume de l'abdomen et une hernie ombilicale.
	Insuffisance hépato-cellulaire	- Les signes cliniques et biologiques de l'insuffisance hépato-cellulaire (IHC) sont liés aux troubles des fonctions hépatocytaires de synthèse et de dégradation, avec : • **Asthénie**. • **Ictère** à bilirubine conjuguée. • **Encéphalopathie hépatique**, corrélée à la sévérité de l'IHC. - Signes d'encéphalopathie hépatique : un **astérixis** (ou **flapping tremor**), une alternance de phases d'**apathie** et **d'agitation psychomotrice** puis une confusion, une **hypertonie extra-pyramidale**. - Astérixis : fluctuations rapides du tonus postural, provoquant la chute répétée de la main, que le patient tente de contrôler (mouvements successifs de flexion-extension des poignets et des doigts), provoquant un mouvement désordonné de « battement d'ailes de papillon ». • **Fœtor hepaticus** : odeur « pomme reinette » de l'haleine. • Troubles endocriniens : **hyper-œstrogénisme** (réduction de la pilosité axillaire, gynécomastie, atrophie testiculaire) • Signes cutanés et phanériens : ○ **Angiomes stellaires** : malformations vasculaires cutanées rouges, en forme d'étoile ; dans le territoire de la veine cave supérieure (visage, cou, partie haute du thorax et des membres supérieurs) ; s'effaçant à la compression de l'artériole centrale, et se recolorant du centre vers la périphérie. ○ **Érythrose palmaire** (Sdd 85) : exagération de la coloration rouge habituelle des éminences thénar et hypothénar (en lien avec vasodilatation capillaire). ○ **Hippocratisme digital** : Bombement des ongles en « verre de montre ». ○ **Ongles blancs (leuconychie)** (Sdd 81).
SÉMIOLOGIE PANCREATE	Le pancréas	- Le pancréas est une glande **exocrine et endocrine**. • **Fonction EXOCRINE** (glande tubulo-acineuse qui occupe la plus grande partie des lobules). Permet la sécrétion dans le duodénum de l'**eau**, du **sodium,** des **bicarbonates** et des **enzymes** (dégradation glucides-protides-lipides). • **Fonction ENDOCRINE** (**ilots de Langerhans** au niveau de la queue du pancréas surtout), sécrétion de quatre hormones : ○ L'**insuline** et le **glucagon** (les deux principales hormones de l'homéostasie glucidique). ○ La **somatostatine** et le **polypeptide pancréatique**.
	Douleurs pancréatiques	Caractéristiques des douleurs pancréatiques : - Siège : **épigastrique « solaire »,** hypochondre gauche, ou zone sus-ombilicale.

		- Irradiation : **postérieure « transfixiante » ou en hémi-ceinture gauche costo-lombaire**. - Type : torsion, arrachement, broiement, « coup de poignard ». - Début : **rapidement progressif**. - Horaire : • Pancréatite aiguë : douleur aiguë, intense et insomniante, durant plusieurs heures à plusieurs jours. • Pancréatite chronique : douleurs discontinues pendant plusieurs jours à quelques semaines. • Cancer du pancréas : douleurs permanentes et sourdes. - Attitude antalgique : position **en « chien de fusil »** (antéflexion du tronc avec compression de l'épigastre). - Facteurs déclenchants : **alimentation, ingestion d'alcool** ou de certains médicaments ou toxiques. - Avec nausées, vomissements voire intolérance alimentaire totale.
	Autres signes pancréatiques	- **Ictère à bilirubine conjuguée** (Sdd 47) : urines foncées et selles décolorées. Causes : compression partielle ou totale de la voie biliaire principale (cancer de la tête du pancréas, lésions inflammatoires œdémateuses et/ou kystiques au cours des pancréatites chroniques). - **Insuffisance pancréatique** exocrine : amaigrissement (Sdd 17), stéatorrhée (débit fécal des graisses supérieur à 7 g/j pour un régime apportant 100 g de graisses) ; selles abondantes, claires, mastic, nauséabondes (flottantes, taches grasses sur papier hygiénique). - **Insuffisance pancréatique endocrine** : diabète insulino-requérant.